UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL
DISCIPLINA TERAPIA OCUPACIONAL NA SAÚDE MENTAL

Acolhimento e classificação de risco em Saúde Mental

Profa. Casiana Chalegre

28/05/2025







Agenda

- Acolhimento
- Classificação de risco
- Atividade
- Exame mental
- Casos

Esta Foto de Autor Desconhecido está licenciado em CC BY-NC-ND

Acolhimento

Acolhimento

Diretriz

- Ética/estética/política da PNH.
- Incorpora a análise e a revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS.
- Tecnologia do encontro

Dispositivo

- Ferramenta tecnológica de intervenção (modos de se produzir saúde);
- Na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso;
- Com responsabilização e resolutividade nos serviços.

(Brasil, 2008)

Acolhimento

- Contribui para que o usuário desenvolva um sentimento de pertença aos serviços;
- Grande potencial para o estímulo ao desenvolvimento do cuidado integral;
- Está diretamente relacionado ao estabelecimento do vínculo para adesão ao tratamento e ao serviço de saúde.

(Silva Filho; Bezerra, 2018; Silva Filho *et al.,* 2020)

Dinâmica de grupo



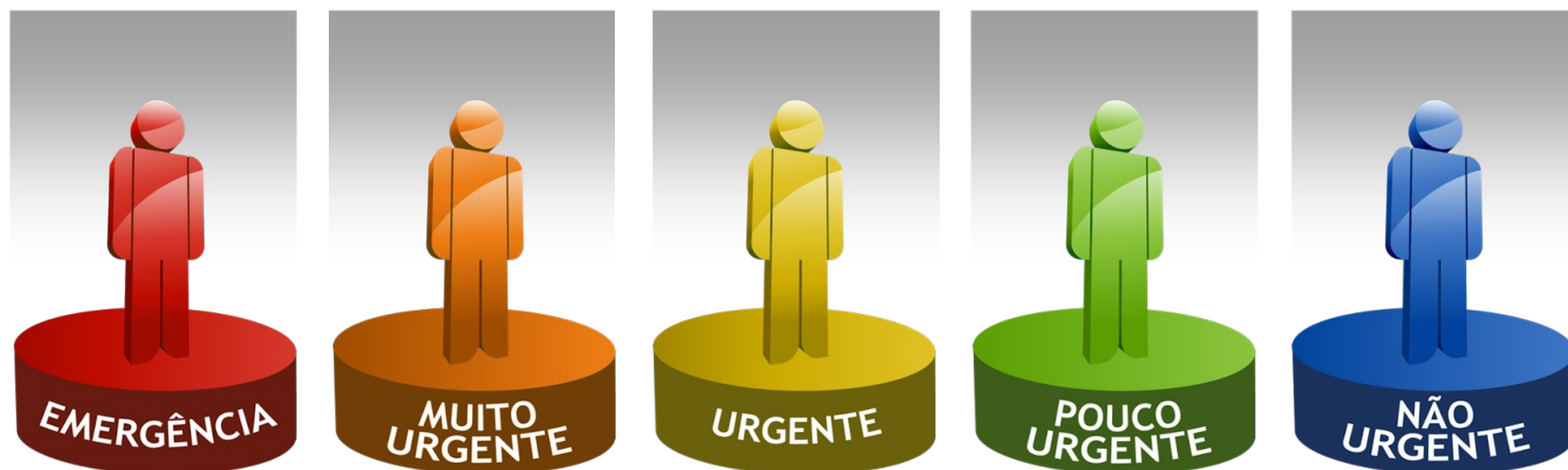
iStock

Como você está se sentindo hoje?

O que te deixa ansioso hoje?

O que te inspira hoje?

Classificação de risco



Esta Foto de Autor Desconhecido está licenciado em CC BY-SA-NC

Classificação de risco

- Pressupõe agilidade no atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, o que proporciona atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

- Orienta o tipo de intervenção/cuidado necessário e o tempo em que isso deve ocorrer.



Fonte istock imagens

Classificação de risco

- São exercidas uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos.

- A presença de condições geradoras de grande **vulnerabilidade** (riscos sociais ou subjetivos) pode requerer intervenções no mesmo dia, agendamento para data próxima ou construção de projeto terapêutico singular em curto prazo, mesmo com risco psiquiátrico baixo.

LEGENDA	
VERMELHO	Caso gravíssimo com necessidade de atendimento imediato. Situações que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deterioração do quadro clínico que ameaçam a própria vida ou de terceiros. Situações passíveis de serem estabilizados apenas com aparato hospitalar
LARANJA	Risco significativo. Condições que potencialmente ameaçam à vida, que requerem rápida intervenção e seguimento posterior, com eventual necessidade presente de suporte pré-hospitalar
AMARELO	Casos de gravidade moderada. Condições que podem evoluir e elevar o risco se não forem avaliadas e acompanhadas pela Atenção Especializada em conjunto com Atenção Básica
VERDE	Condições psíquicas estabilizadas, mas que apresentam um potencial para complicações caso não haja acompanhamento longitudinal
AZUL	Condições não agudas, não urgentes ou quadros crônicos estáveis, sem alterações significativas. Ações voltadas à promoção e prevenção em saúde mental
BRANCO	Eventos ou situações que não exigem intervenção sobre o estado de saúde. Demandas administrativas

(São Paulo, 2023)

ORIENTAÇÕES GERAIS

Sinais e indicadores de risco:

• Rebaixamento do nível de consciência (sonolência excessiva, maior tempo de latência entre pergunta e resposta);
• Estados confusionais (falas sem sentido, não compreende o que é questionado);
• Agitações psicomotoras (anda de um lado para o outro, não consegue se manter sentado, verbaliza ameaças, tem acesso a meios para se machucar ou machucar os outros);
• Comportamento Impulsivo; Abuso de Drogas; Quadro de Hipomania / Mania / Euforia;
• Manifestações psicóticas (delírios ou alucinações);
• Ideação suicida com planejamento estruturado;
• Ferimentos que necessitem de atenção imediata (arma de fogo, arma branca ou feridas abertas);
• Dificuldade para respirar;
. Febre;
• Convulsões;
• Vivência de institucionalização prolongada (sistema penitenciário, Fundação Casa, abrigamento, SAICA...);
• Contexto familiar e social vulnerável e/ou atravessado por violência;

(São Paulo, 2023)

COR	CLASSFICAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO NO MOMENTO
VERMELHO	Caso **GRAVÍSSIMO**, presença de complicações do quadro clínico orgânico e necessidade de suporte hospitalar. Condições onde o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deterioração que ameaçam a própria vida ou de terceiros. Situações que obrigatoriamente devem ser referenciadas à outros Pontos de Atenção da RAPS após a atenuação do risco.	Violência autoprovocada - usuário em situação PRESENTE de auto ou hétero agressão e/ou apresenta ferimentos ferimentos profundos, com necessidade de sutura/ ou com intenção de tirar a própria vida, está ativamente tentando se machucar ou está tentado evadir para tal finalidade. A confirmação do risco pode ser ao observar elementos como a postura (tensa ou com punhos cerrados), o padrão de discurso (alto, com palavras ameaçadoras) e a atividade psicomotora (inquietação, impulsividade...). A situação de alto risco pode ser agravada quando há acesso a armas, potenciais vítimas por perto e falas ameaçadoras direcionadas, em especial na presença de sinais de perda do controle, prejuízos ao julgamento, orientação e sensopercepção.	**- UPA** **- PS ENFERMARIA** **- PSIQUIATRIA** **- HOSPITAL GERAL** (de preferência no seu território de origem) **- ENFERMARIA PEDIÁTRICA** (no caso de crianças e adolescentes)
		Autonegligência (perda do autocuidado) grave que indicam risco a vida com repercussões clínicas como, desnutrição, alterações metabólicas e desidratação associadas com transtornos mentais como transtornos alimentares, transtornos graves do humor e/ou dos impulsos e quadros psicóticos.	
		Intoxicação aguda por substâncias psicoativas (medicamentos, álcool e/ou outras drogas) com repercussões clínicas e/ou rebaixamento de nível de consciência e/ou agitação psicomotora com risco para si ou terceiros (delirium / abstinência grave) Suspeita de overdose ou envenenamento - informação que pode vir de terceiros ou avaliada na presença de caixas de remédios vazias, produtos tóxicos e outros elementos no ambiente.	
		Quadro psicótico agudo com manifestação de delírios, alucinações, prejuízos no julgamento com alterações do comportamento que indique risco para si e para terceiro assim como quadros psicóticos refratarios que necessitem suporte hospitalar para a estabilização.	
		Quadros confusionais agudos (ex: rebaixamento de consciência, não conseguir responder a perguntas básicas sobre si ou sobre o ambiente em que está) que necessitam de investigação clínica imediata.	
		Uso nocivo de álcool e outras drogas, com agitação e/ou agressividade auto ou heterodirigida, refratária à abordagem. Quadros de delirium ou abstinência. Negativa ou ausência de resposta para adesão ao tratamento ambulatorial e evidente risco à vida – manejo para internação involuntária segundo a Nota Técnica 08/2023.	
		Situação de abuso ou negligencia envolvendo crianças ou adolescentes, violência identificada no contexto vivencial, vínculos protetivos fragilizados, que se apresentem associadas a um estado de intensa fragilidade clínica (tais como desnutricao, alteracoes metabólicas,intoxicacoes exógenas, ferimentos, queixas somáticas que necessitem de investigacao imediata) e/ou psiquica (rebaixamento de nível de consciencia, sintomas psicóticos, agitacao psicomotora).	
		Determinações judiciais de internação compulsória amparadas pela Lei 10.216 /2001 e Nota Técnica SMS/ CAB no. 08/2023.	

COR	CLASSFICAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO NO MOMENTO
LARANJA	Condições que potencialmente ameaçam à vida e requerem rápida intervenção. Urgência considerada de **RISCO ELEVADO**, com necessidade de atenção imediata, que justifica avaliação clínica e atendimento especializado devido o potencial risco de complicações e agravamento do caso.	Quadro psicótico agudo, com manifestação de delírios, alucinações, prejuízos no julgamento com alterações do comportamento, agitação psicomotora ou prostração/ catatonia. Perda da capacidade crítica e/ou sinais de agressividade, alterações importantes nas faculdades de julgamento, orientação e sensopercepção.	**- CAPS na modalidade III ou IV quando o usuário é conhecido pela equipe e não houver risco clínico iminente** **- UPA** **- PRONTO SOCORRO**
		Autonegligência (perda do autocuidado) com repercussões clínicas (emagrecimento, desnutrição, alterações metabólicas e desidratação) associadas com transtornos mentais como transtornos alimentares, transtornos graves do humor e/ou dos impulsos e quadros psicóticos a serem esclarecidas e acompanhadas em avaliação especializada.	
		Alcoolismo, consumo nocivo ou dependência de substâncias com sinais de abstinência leve ou moderada. Prejuízos vivenciais e presença de outros agravos agudos à saúde física que podem ser acentuados pelo risco social.	
		Quadro de intoxicação comprovada ou referida, sem sinais evidentes de rebaixamento de consciência ou alterações metabólicas, hemodinâmicas, traumas físicos ou déficits focais.	
		Episódios conversivos/dissociativos, transtornos do humor com sinais de deterioração psíquica com alteração aguda do comportamento e risco à própria integridade e/ou terceiros.	
		Crianças, jovens e adultos com sinais de automutilação /violência autoprovocada e discurso com ideação suicida estruturada.	
		Sinais de emagrecimento intenso e intencional sem crítica com riscos para a saúde física e/ou ideação suicida associada com quadro de impulsividade.	
		Criança ou adolescente em situação de violência, abuso e/ou negligência, com risco de auto agressão e/ou presença comportamento disruptivo com manejo familiar limitado. Identificação de riscos ao desenvolvimento psíquico a serem avaliados por equipe multiprofissional.	
		Determinações judiciais com demandas de avaliação, acolhimento e formulação de PTS (se direcionadas a estes serviços).	
		Quadros puerperais, sofrimento relacionado à gestação e dificuldades do cuidado com recém-nascido que apresentem risco para a mãe ou o bebê.	

(São Paulo, 2023)

COR	CLASSFICAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO NO MOMENTO
AMARELO	Casos que indicam gravidade moderada. Condições que podem evoluir para um problema sério se não forem acompanhadas. **RISCO MODERADO,** que justifica avaliação em CAPS em tratamento em conjunto com Atenção Primária com apoio da Equipe Multiprofissional da Atenção Básica.	Quadro psicótico crônico estabilizado, sem sinais presentes no momento de agitação psicomotora e/ou agressividade auto ou heterodirigida, com ou sem apoio sócio familiar, mas que possibilite abordagem e tratamento extra-hospitalar no território.	**- CAPS** **- UBS**
		Crianças, jovens ou adultos com sinais de automutilação / violência autoprovocada, discurso com ideação suicida inconsistente ou pouco estruturada, sem questões clínicas ou prejuízos físicos evidentes.	
		Alcoolismo, consumo nocivo ou dependência de substâncias sem sinais de abstinência ou com manifestações leves. Prejuízos vivenciais e presença de agravos à saúde que podem ser acentuados pelo risco social.	
		Histórico de tratamento psiquiátrico devido a tentativa de suicídio, quadros de impulsividade e hospitalização prévia. Sem manifestação aguda presente de risco para si ou terceiros.	
		Primeiro episódio de crise psicótica, manifestações delirantes, alucinações, sensação de estranhamento de si mesmo, relatos de sofrimento devido medo de perda do controle ou da realidade, prejuízo da funcionalidade sem histórico pregresso de tratamentos em saúde mental.	
		Quadros que indiquem presença de transtornos mentais comuns ou alterações importantes do humor, da rotina e dos impulsos. Situações que requeiram mudança de prescrição medicamentosa e necessidade de monitoramento da evolução clínica.	
		Quadros puerperais, sofrimento relacionado à gestação e dificuldades do cuidado com recém-nascido que não apresentem risco para a mãe ou o bebê.	
		Avaliações e elaboração de PTS nas situações que envolvam transtornos de acumulação.	
		Egressos de internação psiquiátrica prolongada, abrigamento, reclusão, detenção penitenciária, situações com necessidade de reconstrução de vínculos e formulação ou revisão de PTS.	
		Determinações judiciais com demandas de avaliação, acolhimento e formulação de PTS (se direcionadas a estes serviços).	

COR	CLASSFICAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO NO MOMENTO
VERDE	Situações que apresentam potencial para complicações. Quadros clínicos com sinais e sintomas considerados de **BAIXO RISCO,** sem indicação de atenção intensiva ou risco à vida. Quadros que justificam a continuidade do tratamento no nível da Atenção Primária à Saúde, com apoio da EMAB e dos CECCOs.	Seguimento de transtornos mentais comuns: ansiedade, quadros depressivos sem risco para si ou terceiros ou quadros psicóticos crônicos estabilizados.	**- UBS** **- CECCO**
		Insônia, mudanças bruscas e importantes do padrão do sono e dos hábitos alimentares.	
		Síndromes conversivas/dissociativas sem risco para si ou para terceiros. Desmaios sem febre; Sem alterações respiratórias, metabólicas, hemodinâmicas; sem quadro infeccioso concomitante e descartadas possíveis alterações neurológicas.	
		Sintomas psicossomáticos, crises de ansiedade e relatos difusos de angústia.	
		Episódios de uso nocivo/abusivo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas sem prejuízos importantes para o cotidiano do paciente	
		Demandas escolares, pedidos para avaliação de comportamento de crianças e adolescentes.	
		Sofrimento decorrente de luto e reações adaptativas às perdas (familiar, afetiva, trabalho e demais laços).	
		Avaliação de questões em saúde mental relacionadas à gestação, ao acompanhamento pré- natal e ao planejamento familiar.	
		Insegurança e queixas relacionadas a dificuldades financeiras, dívidas, dificuldades no recebimento de benefícios ou situações que provoquem sofrimento.	
		Condições psiquiátricas crônicas estabilizadas. Investigação de demandas ou situações de sofrimento trazidas pela equipe de acolhimento da unidade ou agentes da Estratégia Saúde da Família.	

(São Paulo, 2023)

COR	CLASSFICAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO NO MOMENTO
AZUL	Condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos sem alterações dos sinais vitais. Situações inespecíficas, prestação de informações e orientações, sinais e/ou sintomas considerados **NÃO URGENTES**, sem sofrimento evidente que justifique atendimento especializado. Acompanhamento por meio dos recursos da Atenção Primária, ações de cuidado em saúde mental longitudinal nos quadros estabilizados e sem agravos imediatos.	Manutenção do acompanhamento médico, farmacológico e/ ou orientação multiprofissional para pacientes com transtornos mentais comuns, em uso ou não de medicação e estabilizados. Orientações, ações de cuidado e proteção aos familiares e construção de redes sociais de apoio. Revisão / elaboração de PTS, propostas de atividades vivenciais e de cuidado voltadas à prevenção e qualidade de vida.	**- UBS** **- CECCO** - CAPS (se o caso **estiver em acompanhamento** pelo CAPS)

COR	CLASSFICAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO NO MOMENTO
BRANCO	Outras demandas derivadas do quadro de saúde e questões que não necessitem de pronta intervenção ou revisão do PTS.	Queixas administrativas: trocas e requisições de receitas, laudos médicos, relatórios para fins de previdência, transporte e demais processos.	**- UBS** - CAPS (se o caso **estiver em acompanhamento** pelo CAPS)

(São Paulo, 2023)

Atividade

A turma vai se organizar em 4 grupos, cada grupo vai analisar uma das fichas:

vermelha, laranja, amarela e verde.

Posteriormente, cada grupo vai debater sobre o conteúdo e associar com exemplos de casos encontrados nas práticas.



Cartão Babel

- O “Cartão Babel” contém instrumentos de avaliação em saúde mental na atenção básica, incluindo instrumentos de triagem de:
    - ***transtornos do humor, transtornos ansiosos, avaliação do risco de suicídio, demência, álcool e tabaco.***
- Apresenta também roteiros de consulta e levantamento de casos a serem discutidos nos espaços de apoio matricial em saúde mental.

(Gonçalves *et al.*, 2009)

ESTRATIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL

Nome:____

Data:_______________ **CNS/SUS:**_______________________

TABELA AVALIAÇÃO COMBINADA DE VULNERABILIDADES E FATORES DE PROTEÇÃO PARA O RISCO EM SAÚDE MENTAL					
Siga o questionário com o usuário, marque todas as perguntas com 'Sim' ou 'Não', ao final conte as respostas e identifique o número total de respostas nas colunas **Vulnerabilidade** e **Proteção**					
	Está impossibilitado de responder ao questionário? (Usuário inconsciente, extremamente delirante, agitação intensa, problemas de idioma, dificuldades em relação a linguagem ou sem possibilidades de comunicação de modo crônico ou temporário?)	Sim ( )	Não ( )		Se a resposta for SIM, considerar o RISCO apenas de acordo com os SINAIS e SINTOMAS
		Vulnerabilidade	Proteção	Indiferente	
1	Tem acesso à meios para se machucar/ machucar outros? (armas de fogo, instrumentos perfurocortantes, grande quantidade de medicamentos, de drogas ou venenos; outros instrumentos potencialmente lesivos; tem fácil acesso a lugares altos ou locais de onde possa pular?)	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	Contar as respostas na coluna **VULNERABILIDADE**. Se o número de respostas na coluna **VULNERABILIDADE** for maior ou igual wa 6 aumentar a classificação final de risco em um nível. Se for igual a 9: aumentar **dois** níveis.
2	O CAPS III está disponível, no território, para uma possibilidade de acolhida 24hs? (atentar para horário de funcionamento, vínculo do paciente com o serviço e disponibilidade de vagas)	Não ( )	Sim ( )	Não se aplica ( )	
3	Frequenta regularmente o CAPS / UBS / CECCO ou outros espaços de tratamento em saúde mental?	Não ( )	Sim ( )	Não se aplica ( )	
4	É pessoa em situação de rua?	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	
5	Apresenta qualquer uma destas condições: comorbidade psiquiátrica? Histórico de internação em psiquiatria? Histórico ou situação presente de institucionalização, asilamento ou reclusão?	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	
6	Foi vítima ou relata situação de violência ou discriminação por raça, orientação sexual, gênero, cor ou origem?	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	
7	É pessoa com deficiência?	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	
8	A rede de apoio, se presente, (familiares, amigos, acompanhantes, companheiro[a] afetivo) pode se corresponsabilizar e estar próxima ao caso?	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	
9	Tem vínculos sociais? (trabalha, estuda, frequenta espaços comunitários ou religiosas)?	Não ( )	Sim ( )	Não se aplica ( )	
	TOTAL DE RESPOSTAS POR COLUNA				

É um questionário com perguntas de sim ou não para avaliação combinada **de vulnerabilidades e fatores de proteção** para o risco em saúde mental

(São Paulo, 2023)

Atividade

Analise o pdf do “Cartão Babel” e da “Estratificação e classificação de risco” e comente sobre suas percepções acerca da aplicabilidade e relevância de cada um.

Em um cenário de CAPS III, Você faria diferente?

Como você faria uma estratificação e classificação de risco?

Quais aspectos se destacam para a Terapia Ocupacional?

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

gistrar escolaridade e data do exame

IENTAÇÃO TEMPORAL (0-5 pontos)
Dia ❑ Mês ❑ Ano ❑ Dia da semana ❑ Horas ❑

IENTAÇÃO ESPACIAL (0-5 pontos)
Local (específico) ❑ Local (geral) ❑ Bairro ❑
Cidade ❑ Estado ❑

GISTRO (0-3 pontos)
Repetir 3 palavras:
carro ❑ vaso ❑ tijolo ❑

ENÇÃO E CÁLCULO (0-5 pontos)
Série descendente de 100-7:
93❑ 86❑ 79❑ 72❑ 65❑
soletrar a palavra MUNDO de trás para frente:
O❑ D❑ N❑ U❑ M❑

OCAÇÃO (0-3 pontos)
Repetir as 3 palavras do registro:
carro ❑ vaso ❑ tijolo ❑

IGUAGEM (0-8 pontos)
Denominar um relógio de pulso ❑ e uma caneta ❑
Repetir : “Nem aqui, nem ali, nem lá” ❑
Atender ao comando: “peque um papel com a mão
eita ❑, dobre-o ao meio ❑ e coloque-o no chão” ❑
Ler e obedecer a seguinte ordem por escrito:

FECHE OS OLHOS ❑

- Escrever uma frase completa ❑

AXIA(0-1 ponto)
- Copiar o desenho ❑

ntos de corte para risco de déficit cognitivo:
alfabeto: 13 pontos
7 anos de estudo: 18 pontos
u mais anos de estudo: 23 pontos

BERTOLUCCI, P. *et al*, *Arq Neuropsiquiatr*; 52:1-7. 1994.

5

ROTEIROS PARA AVALIAÇÃO INTEGRAL

PRINCÍPIOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

I– Os profissionais da Saúde da Família são especializados e qualificados;
II– Os cuidados são influenciados pela comunidade;
III– A equipe de Saúde da Família é um recurso de uma população definida;
IV– A relação profissional-pessoa é fundamental no desempenho do profissional da Saúde da Família.

Adaptado de LOPES, J. M. C.
Disponível em www.agmfc.org.br/site/principios.asp; acesso em 15/3/2009

ETAPAS DO ATENDIMENTO CENTRADO NA PESSOA

1– Explorando a enfermidade e a experiência da pessoa em estar doente (illness × disease);
2– Entendendo a pessoa como um todo;
3– Elaborando projeto comum de manejo dos problemas;
4– Incorporando prevenção e promoção à saúde;
5– Intensificando a relação profissional - pessoa;
6– Sendo realista.

Adaptado de STEWART, M *et al*. *Patient centered medicine*: transforming the clinical method. Radcliffe Medical, 2003.

ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DE CASOS EM APOIO MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL

Aproximação da Clínica Ampliada

- Motivo do matriciamento;
- Informações sobre a pessoa, família e ambiente;
- Problemática apresentada no atendimento (nas palavras da pessoa, familiar, outros);
- História do problema atual (início, fator desencadeante, manifestações sintomáticas, evolução, intervenções biológicas ou psicossociais realizadas, compartilhamento do caso (referência/contra-referência);
- Configuração familiar (genograma);
- Vida social (participação em grupos, instituições, rede de apoio social, situação econômica);
- Efeitos do caso na equipe interdisciplinar;
- Formulação diagnóstica multi-axial.

Formulação Diagnóstica Multiaxial

1– Transtornos mentais;
2– Transtornos/estilo de personalidade e t. do desenvolvimento;
3– Problemas de saúde em geral;
4– Avaliação de incapacidade;
5– Problemas sociais.

Formulação de Projeto Terapêutico Singular

1– Abordagens biológicas e farmacológica;
2– Abordagens psicossocial e familiar;
3– Apoio do sistema de saúde;
4– Apoio da rede comunitária;
5– Trabalho em equipe: quem faz o quê.

6

Cartão Babel
de Saúde Mental na Atenção Básica

Este cartão contém instrumentos de avaliação em saúde mental na atenção básica, incluindo instrumentos de triagem de transtornos do humor, transtornos ansiosos, avaliação do risco de suicídio, demência, álcool e tabaco.

Apresenta também roteiros de consulta e levantamento de casos a serem discutidos nos espaços de apoio matricial em saúde mental.

O cartão Babel foi adaptado, com autorização de seus autores, do conceito original desenvolvido por Goldberg, Gask e Morriss, em *Psychiatry in Clinical Practice* (Routledge, 2008)



Este cartão pode ser reproduzido parcial ou integralmente, desde que citada a fonte: GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L.F. *Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 6 p.

Nome:______________________________
Data:______________ **CNS/SUS:**______________

TABELA AVALIAÇÃO COMBINADA DE VULNERABILIDADES E FATORES DE PROTEÇÃO PARA O RISCO EM SAÚDE MENTAL

Siga o questionário com o usuário, marque todas as perguntas com ‘Sim’ ou ‘Não’, ao final conte as respostas e identifique o número total de respostas nas colunas **Vulnerabilidade** e **Proteção**

	Está impossibilitado de responder ao questionário? (Usuário inconsciente, extremamente delirante, agitação intensa, problemas de idioma, dificuldades em relação a linguagem ou sem possibilidades de comunicação de modo crônico ou temporário?)	Sim ( )	Não ( )		Se a resposta for SIM, considerar o RISCO apenas de acordo com os SINAIS e SINTOMAS
		Vulnerabilidade	Proteção	Indiferente	Contar as respostas na coluna **VULNERABILIDADE**. Se o número de respostas na coluna **VULNERABILIDADE** for maior ou igual wa 6 aumentar a classificação final de risco em um nível. Se for igual a 9: aumentar **dois** níveis.
1	Tem acesso à meios para se machucar/ machucar outros? (armas de fogo, instrumentos perfurocortantes, grande quantidade de medicamentos, de drogas ou venenos; outros instrumentos potencialmente lesivos; tem fácil acesso a lugares altos ou locais de onde possa pular?)	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	
2	O CAPS III está disponível, no território, para uma possibilidade de acolhida 24hs? (atentar para horário de funcionamento, vínculo do paciente com o serviço e disponibilidade de vagas)	Não ( )	Sim ( )	Não se aplica ( )	
3	Frequenta regularmente o CAPS / UBS / CECCO ou outros espaços de tratamento em saúde mental?	Não ( )	Sim ( )	Não se aplica ( )	
4	É pessoa em situação de rua?	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	
5	Apresenta qualquer uma destas condições: comorbidade psiquiátrica? Histórico de internação em psiquiatria? Histórico ou situação presente de institucionalização, asilamento ou reclusão?	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	
6	Foi vítima ou relata situação de violência ou discriminação por raça, orientação sexual, gênero, cor ou origem?	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	
7	É pessoa com deficiência?	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	
8	A rede de apoio, se presente, (familiares, amigos, acompanhantes, companheiro[a] afetivo) pode se corresponsabilizar e estar próxima ao caso?	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	
9	Tem vínculos sociais? (trabalha, estuda, frequenta espaços comunitários ou religiosas)?	Não ( )	Sim ( )	Não se aplica ( )	
	TOTAL DE RESPOSTAS POR COLUNA				



Exame mental

Exame mental

- Pesquisa sistemática de sinais e sintomas de alterações do funcionamento mental.

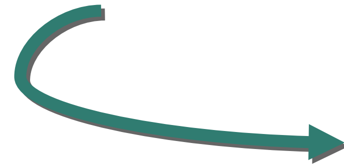
- Como se obtém as informações?
  - da observação direta;
  - da aparência do paciente;
  - da anamnese;
  - do relato dos familiares e
  - outros informantes como atendentes, amigos, colegas ou até mesmo autoridades policiais.

(Dalgalarrondo, 2019)

Exame mental

- 1- Consciência
- 2- Atenção
- 3- Senso percepção
- 4- Orientação
- 5- Memória
- 6- Inteligência

CASOMI



Destaca as Síndromes Cerebrais Orgânicas. Por exemplo, nos estados de delirium estão alteradas as primeiras quatro funções.

(Dalgalarrondo, 2019)

1 - Consciência

- É o estado de lucidez ou de alerta em que a pessoa se encontra, variando da vigília até o coma.

- Alterações:
- Obnubilação/sonolência
- Confusão
- Estupor
- Hiperalerta

(Dalgalarrondo, 2019)

2 - Atenção

- É uma dimensão da consciência que designa a capacidade para manter o foco em uma atividade.

- TENACIDADE: hipotenacidade, Hipertenacidade.
- VIGILÂNCIA: Hipervigilância, hipovigilância.
- PROSEXIA (ato de prestar atenção): Normoprosexia/ Aprosexia/ Hipoprosexia/ Hiperprosexia/ Paraprosexia (hiperfoco).

(Dalgalarrondo, 2019)

3 - Sensopercepção

- **Variações:**
- Ilusão
- Alucinação
- Pseudoalucinação (a pessoa reconhece como irreal)

Por Tipo Sensorial:

Alucinações auditivas (percepção de sons), visuais (percepção de imagens), táteis (percepção de sensações físicas), olfativas (percepção de cheiros), gustativas (percepção de sabores).

Relativo ao período do dia:

•Diurna •Noturnas (menor intensidade luminosa) •Hipnagógicas (antes do adormecer) •Hipnopômpicas (logo ao acordar).

(Dalgalarrondo, 2019)

4 - Orientação: Autopsíquica e Alopsíquica

- **Desorientação por redução do nível de consciência**: desorientação torporosa ou confusa, o indivíduo está desorientado por rebaixamento ou turvação da consciência.
- **Desorientação por déficit de memória imediata e recente**: desorientação amnéstica.
- **Desorientação apática ou abúlica**: Ocorre por apatia marcante e/ou desinteresse profundos.
- **Desorientação delirante**: Ocorre em indivíduos que se encontram imersos em profundo estado delirante, vivenciando ideias delirantes muito intensas.
- **Desorientação por déficit intelectual**: DI grave ou moderada. Ocorre pela incapacidade ou dificuldade em compreender aspectos complexos do

(Dalgalarrondo, 2019)

5 - Memória

1. Memória de trabalho: Exemplos: ouvir um número telefônico e retê-lo na mente para, em seguida, discá-lo, assim como, ao dirigir em uma cidade desconhecida, perguntar sobre um endereço, receber a informação e a sugestão do trajeto e, mentalmente, executar o itinerário de forma progressiva.

2. Memória episódica: memória explícita, de médio e longo prazos, relacionada a eventos específicos da experiência pessoal do indivíduo, ocorridos em determinado contexto. Relatar o que foi feito no último fim de semana é um típico exemplo de memória episódica.

(Dalgalarrondo, 2019)

5 - Memória

3. Memória semântica: Se refere ao aprendizado, à conservação e à utilização do arquivo geral de conceitos e conhecimentos do indivíduo. Assim, conhecimentos como a cor do céu (azul) ou de um papagaio (verde), ou quantos dias há na semana (sete), são de caráter geral e se cristalizam por meio da linguagem, ou seja, também são de caráter semântico.

4. Memória de procedimentos: Exemplos: habilidades motoras e perceptuais mais ou menos complexas (andar de bicicleta, digitar no computador, tocar um instrumento musical, bordar, etc.), habilidades visuoespaciais (como a capacidade de aprender soluções de labirintos e quebra-cabeças) e habilidades automáticas relacionadas ao aprendizado de

(Dalgalarrondo, 2019)

6- Inteligência

Capacidade de uma pessoa de assimilar conhecimentos factuais, compreender as relações entre eles e integrá-los aos conhecimentos já adquiridos anteriormente.

- **Tipos de alterações:**

- Inteligência limítrofe;

DI leve;

DI Moderada;

DI Grave;

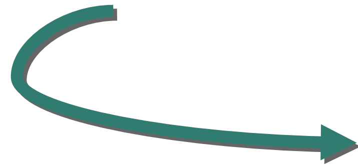
DI Profunda

(Dalgalarrondo, 2019)

Exame mental

- 7 – Afetividade
- 8 - Pensamento
- 9 - Juízo Crítico
- 10 - Conduta
- 11 - Linguagem

APeJuCoL



Altera-se nas Síndromes Psicóticas e nos Transtornos de Humor.

(Dalgalarrondo, 2019)

7- Afetividade

É a experiência imediata e subjetiva das emoções sentidas pelo paciente em relação ao que o cerca, abrangendo desde sentimentos em relação a pessoas e ambientes até lembranças de fatos, situações, ou pessoas do passado, bem como expectativas sobre o futuro.

- Alterações:

- Ansiedade

- Medo e tensão

- Labilidade afetiva

- Indiferença

- Afeto deprimido

(Dalgalarrondo, 2019)

8- Pensamento

É o conjunto de funções integrativas capazes de associar conhecimentos novos e antigos, integrar estímulos externos e internos, analisar, abstrair, julgar, concluir, sintetizar e criar.

- Alterações:

CURSO

FORMA

CONTEÚDO

(Dalgalarrondo, 2019)

8- Pensamento

CURSO:

Aceleração do pensamento: ideia se sucedendo à outra rapidamente (mania, ansiedade, esquizofrenia).

Lentificação do pensamento: latência entre as perguntas formuladas e as respostas (depressão grave, baixo nível de consciência).

Bloqueio ou interceptação do pensamento: brusca e repentinamente interrompe seu pensamento, sem qualquer motivo (exclusiva da esquizofrenia).

Roubo do pensamento: indivíduo tem a nítida sensação de que seu pensamento foi roubado de sua mente, por algo ou alguém (esquizofrenia).

(Dalgalarrondo, 2019)

8- Pensamento

FORMA:

Fuga de ideias: as palavras deixam de seguir uma lógica, passam a ocorrer por assonância, p. ex., amor, flor, cor (Quadros maníacos).

Dissociação do pensamento: pensamentos passam progressivamente a não seguir uma sequencia lógica e bem-organizada (esquizofrenia).

Descarrilhamento do pensamento: extravia-se de seu curso normal, pensamentos supérfluos, retornando aqui e acolá ao seu curso original (esquizofrenia, transtornos maníacos).

(Dalgalarrondo, 2019)

8- Pensamento

CONTEÚDO:

Os principais conteúdos que preenchem os sintomas psicopatológicos são:

Persecutórios;

depreciativos;

religiosos;

sexuais;

de poder, riqueza, prestígio ou grandeza;

de ruína ou culpa;

conteúdos hipocondríacos.

(Dalgalarrondo, 2019)

9- Juízo crítico

Juízo crítico é a capacidade para perceber e avaliar adequadamente a realidade externa e separá-la dos aspectos do mundo interno ou subjetivo.

Insight é uma forma mais complexa de juízo.

Alterações:

- Falar coisas inapropriadas
- Ser inconveniente
- Gastar mais do que pode
- Não medir consequências
- Não se dar conta da gravidade da doença
- Não reconhecer limitações

(Dalgalarrondo, 2019)

10- Conduta

São os comportamentos observáveis do indivíduo: comportamento motor, atitudes, atos, gestos, tiques, impulsos, verbalizações, etc.

Alterações:

- Inquietação, Agitação ou Retardo
- Comportamento catatônico
- Risos Imotivados
- Tentativa de Suicídio.

(Dalgalarrondo, 2019)

11- Linguagem

É a maneira como a pessoa se comunica, verbal ou não verbalmente, envolvendo gestos, olhar, expressão facial ou por escrito.

Alterações:

- Disartria (dificuldade na articulação da palavra)

- Bradilalia, taquilalia, ecolalia (falar muito devagar, muito rápido e repetir as palavras)

- Afasia, logorreia (não conseguir falar, não parar de falar)

- Alterações da mímica facial (ausência, exagero, tiques).

(Dalgalarrondo, 2019)

Atividade

Analisando os casos

Agora que você compreendeu a classificação de risco e vulnerabilidade e revisou os aspectos do exame mental, analise a seguir, os casos que chegaram na porta de entrada de um serviço de saúde e indique como você classificaria e atribuiria as cores para cada um deles.



Caso 1: Risco de suicídio

K.O.S, idosa, 69 anos, foi à ESF para acompanhamento médico. Sempre foi uma pessoa ativa, participava de aulas de pintura e grupos de amigas, apesar de história de depressão há 6 anos. Mora sozinha e relata que no início de 2021 começou a sentir insônia, preocupação excessiva com dívidas e seguiu sentindo tristeza, desânimo, solidão, ansiedade e isolamento social devido à COVID-19. Refere que só pensa em tentar suicídio e planeja cortar os pulsos. Conta que não tomou os remédios ansiolíticos e desenvolveu síndrome do pânico, não aguentando mais essa situação, “penso em desistir de tudo” [sic].

Ao exame físico (2021): bom estado geral físico, orientada em tempo e espaço, aparência descuidada, pensamento lógico e agregado, juízo crítico preservado, humor deprimido e ansioso, memória de curto prazo prejudicada, sono entrecortado. Escala de Depressão Geriátrica (GDS15) - 7pts, indicando presença de quadro depressivo. Diagnóstico de episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos.

Caso 2: Uso nocivo de álcool

R.J.A, sexo masculino, 24 anos, foi trazido pelo SAMU ao setor de emergência do hospital, depois que testemunhas presenciaram queda da vítima do topo de um escorregador de um parque infantil, altura aproximada de 1,20 m, após a saída de uma festa. Amigos da vítima relataram que o mesmo ingeriu elevada quantidade de bebida alcoólica durante as seis horas de duração da festa, na saída decidiu subir no escorregador, perdendo o equilíbrio e caindo do topo, e que por reflexo utilizou as mãos para diminuir o impacto da queda.

Ao exame, o paciente encontrava-se em estado geral ruim, confuso e desorientado em tempo e espaço, torporoso, com incoordenação motora, queixando-se de náuseas e dor nos punhos, presença de lesão corto-contusa em supercílio esquerdo, escoriações em membros superiores, nos segmentos: punhos, antebraço e cotovelos. Familiar refere que o rapaz vem apresentando uso prejudicial de álcool desde o fim de um noivado há 1 ano e que já perdeu 2 empregos por causa desse problema.

Caso 3: Uso de múltiplas drogas

P.G. sexo feminino, 21 anos, desempregada, mora com um companheiro que faz bico, dependente de bolsa família e de fazer faxina, apresenta consumo nocivo de substâncias psicoativas (maconha, crack e pó virado) iniciado há 3 meses. Vem negligenciando os cuidados com suas 2 filhas pequenas (8 meses e 2 anos) e já foi acionado o conselho tutelar por ter esquecido de ir buscar as filhas na creche. Às vezes consegue fazer as faxinas, outras vezes, não. Já perdeu clientes por não comparecer nos locais combinados. Recentemente se envolveu em discussões na vizinhança e chegou a agredir a vizinha que a denunciou no conselho tutelar.

Chegou ao CAPS ad com uma tia e na entrevista identificou-se: aparência descuidada, alterações de memória recente, queixa de alterações de sono (“só durmo depois de um cigarrinho”), agitação durante o dia, impaciência com as crianças, ansiedade e queixas de coceiras pelo corpo, amenorreia e perda de peso rápida. Apesar

Caso 4: Primeiro surto psicótico

D.A.V.C, sexo feminino, 19 anos, mudou bruscamente o seu comportamento sem motivo aparente. Começou a ficar mais retraída em casa e parou de falar com os amigos e familiares. A mãe notou há 1 semana que a moça passou a conversar sozinha. Quando questionada sobre o fato, dizia que estava falando com sua avó, já falecida há alguns anos. Referia que sua avó estava dizendo que ela precisava ir aos Estados Unidos cumprir uma missão de paz.

D.A.V.C referia a si mesma como vidente. Passou a dormir menos, alimentar-se menos, higiene pessoal precária, não conseguia mais realizar simples cálculos que antes realizava sem dificuldade e não ia mais ao colégio. Por vezes ficava estática, olhando fixo para a mesma direção por algumas horas e mussitando. Não tem capacidade crítica, com alterações importantes nas faculdades de julgamento, refere que está ótima e que precisa fazer jejum para se purificar e se preparar para a sua

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Dalgalarrondo, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais [recurso eletrônico. 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2019. E-pub. Editado também como livro impresso em 2019.

GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L.F. Saúde Mental na Atenção Básica. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 6 p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Orientações sobre a atenção às crises em saúde mental e o acompanhamento longitudinal dos casos na Rede de Atenção Psicossocial no Município de São Paulo. Estratificação e Classificação de Risco em Saúde Mental. versão 2. 2023. protocolo_classificacao_risco_saude_mental_mar24.pdf. Acesso em 23/05/2025.

Silva Filho, J. A. da, & Bezerra, A. de M. (2018). Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. *ID on Line. Revista De Psicologia*, *12*(40), 613–627. https://doi.org/10.14295/idonline.v12i40.1138

SILVA FILHO, J. A. et al. Práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas por enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família. Rev. Nursing, v.23(262), p.3638-3642, 2020. Disponível em: < www.revistanursing.com.br/revistas/262/pg21.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2022.

Obrigada!

Profa. Dra. Casiana Chalegre

casiana.chalegre@upe.br

